

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul DAUNOIS

Ex-Interne de la Maison Maternelle Nationale
de Saint-Maurice

Né le 20 Mai 1914, à MASCARA (Algérie)

**Essai de diagnostic
des hypertensions artérielles
gravidiques latentes
par l'étude
des réactions vaso-motrices au froid**

Président : M. BINET, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1021

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul DAUNOIS

Ex-Interne de la Maison Maternelle Nationale
de Saint-Maurice

Né le 20 Mai 1914, à MASCARA (Algérie)

**Essai de diagnostic
des hypertensions artérielles
gravidiques latentes
par l'étude
des réactions vaso-motrices au froid**

Président : M. BINET, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la pré
Clinique des maladies des en
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique de neuro-chirurgie
Clinique cardiologie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE
LEON BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GULLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE



II. — Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
FENARD Henri	Pathologie	médicale.
BERNARD Et.	Pathologie	médicale.
BESANCON (J.).	Hydrologie.	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CATHALA	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.
DOGNON	Physique	
FUNCK-	Pathologie	chirurgicale.
FEY	Urologie.	
GAILLARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy. ...	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{me} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL.....
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY

Clinique médicale

MM.

BASSET
 BROCO
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 ECALLE
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEILL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection filiale et de ma reconnais-
sance infinie.

A MA FEMME

En témoignage de ma profonde
affection.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BINET
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIAND
Médecin de la Maison Maternelle Nationale

Dont nous avons été l'interne ; en
témoignage de notre vive gratitude
pour l'enseignement qu'il nous a pro-
digué.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Essai de diagnostic des hypertensions artérielles gravidiques latentes par l'étude des réactions vaso-motrices au froid

INTRODUCTION

Les hypertensions au cours de la grossesse représentent généralement une éventualité grave.

Ces hypertensions artérielles ne sont généralement décelées qu'à une période avancée de la grossesse et ne rétrocedent alors que difficilement aux thérapeutiques mises en œuvre. Il n'est pas rare de voir dans ces cas une interruption de la grossesse devenir nécessaire, à moins qu'un avortement spontané ne vienne mettre fin aux hésitations des accoucheurs devant cette intervention.

Les méthodes palpatoires ne permettent pas de déceler ces hypertensions latentes suffisamment tôt pour qu'une thérapeutique puisse être mise en œuvre dès les premiers instants.

Les Américains ont mis au point un test standardisé pour évaluer les variations de la tension artérielle, test qui possède une signification diagnostique comme indice de la période pré-hypertensive : le *Cold pressure test*.

- 11 -

Cette recherche, faite systématiquement par M. Le Lorier pour toutes les femmes examinées, a permis à ce dernier d'arriver à la conclusion que la tension artérielle des femmes enceintes normales est presque constamment au-dessous du maximum de 12. Il y a même une forte proportion de femmes enceintes dont la tension artérielle maxima est de 10 et au-dessous, qui supportent cette basse tension sans aucun trouble. Il est ainsi permis de parler d'une hypotension physiologique de la femme enceinte. A la Maternité de Port-Royal, sur plus de 15.000 consultations données en 1939 (portant environ sur 3.500 femmes) on trouva 250 fois seulement un chiffre de tension maxima supérieur à 13. Le chiffre 13 n'a pas une valeur absolue.

Par les autres méthodes (auscultatoire ou oscillométrique), le maximum habituel serait au-dessus du chiffre 12 que nous avons trouvé.

Sur les 250 femmes ayant présenté une tension artérielle maxima, égale ou supérieure à 13, le nombre de celles qui eurent des accidents sérieux est très important, puisqu'il s'élève à 65. On peut dire que, dans le domaine de l'hypertension, dès que la femme enceinte entre dans le cadre pathologique, elle y entre franchement et dangereusement. D'où l'importance du dépistage des hypertensions, même discrètes ou latentes.

M. Le Lorier a désigné comme zone d'alarme les hypertensions allant de 12 à 15; zone dangereuse,

celles dépassant 15. La valeur de ces faibles hypertensions, considérées comme alarmantes, est confirmée par le fait de la rareté des accidents survenant chez les albuminuriques non hypertendus (6 cas seulement pour 15.000 accouchements).

b) Prophylaxie.

Dès qu'une femme parturiente présente une légère hypertension, on la soumet à un régime très strict. Si la tension maxima atteint 13, on soumet la malade à un régime lacto-végétarien, et on examine sa tension toutes les semaines. Souvent ce régime suffit à tout remettre en ordre. Si le régime est insuffisant pour faire baisser la tension, on met la malade à un régime lacté intégral, et si, malgré cela, la tension ne baisse pas, on hospitalise la malade pour la soumettre au repos et à un régime plus sévère (diète hydrique sucrée, lacto-sérum). Il en est de même si l'hypertension s'accompagne d'œdèmes ou d'albuminurie importante. Si la tension est élevée, on peut y joindre quelques petites saignées répétées.

c) Statistique.

A la Maternité de Port-Royal, on a retrouvé les observations de 195 femmes ayant fait de l'hypertension au cours de leur grossesse. Un certain nombre avaient été régulièrement suivies à la consultation. *Mais l'examen de la tension artérielle n'avait jamais montré d'hypertension. Celle-ci n'est apparue que tardivement ou même seulement au début du travail.*

Ces observations d'hypertension ont été classées en trois catégories :

grosse hypertension (30),

hypertension moyenne (69).

hypertension faible (81 observations).

13 observations ont trait à des accidents graves. 4 se sont terminées par la mort. De ces 13 malades, 7 ont été suivies à la consultation. Une est morte. Une autre a eu une interruption thérapeutique de la grossesse. 4 ont présenté une hypertension résistant au régime. Une, bien que suivie régulièrement, n'a présenté de l'hypertension qu'à la fin de sa grossesse et a fait de l'éclampsie.

Parmi les 45 femmes suivies à la consultation, une a fait de l'éclampsie. Cinq se sont terminées par la mort du fœtus. Une est morte. En examinant systématiquement les placentas, on a retrouvé dix fois des infarctus blancs anciens et deux fois des infarctus récents.

d) Date d'apparition de l'hypertension.

Deux fois celle-ci est apparue précocement, dès le troisième mois. L'une d'elle a été interrompue par un avortement thérapeutique. L'autre, qui s'était améliorée par le régime s'est aggravée à nouveau à la fin de la grossesse et s'est terminée par la mort de l'enfant. *Dans l'ensemble*, c'est surtout vers le 6^e ou 7^e mois que les femmes font de l'hypertension.

Enfin, 25 femmes suivies à la consultation n'ont jamais fait d'hypertension pendant la grossesse. Sauf deux qui ont fait une grosse hypertension et une qui a fait des accidents éclamptiques, toutes étaient des hypertendues modérées.

Les grossesses gémellaires ont souvent des poussées hypertensives plus difficilement réductibles (11 observations d'hypertension irréductible chez les gémellaires).

Ces méthodes prophylactiques cependant se révèlent manifestement insuffisantes. Elles ne permettent en effet de déceler les accidents de l'hypertension que rarement dans la phase prémonitoire, et généralement uniquement lorsque les accidents sont installés, car, en effet, toutes les statistiques ne sont pas aussi satisfaisantes que celles de la Maternité de Paris.

OBSERVATIONS

Nous voulons, par une observation, illustrer quelle peut être la gravité des accidents d'hypertension au cours de la grossesse.

1^{re} *Observation*. — Une femme, suivie au Dispensaire de l'Hôpital Saint-Joseph, n'avait jamais présenté d'hypertension. Celle-ci s'est élevée seulement au 7^e mois jusqu'à 14. La femme a fait brusquement de l'éclampsie. L'enfant est mort.

2^e *Observation* (n° 2991). — Cette malade XI pare, suivie par M. Le Lorier, a déjà fait à des grossesses antérieures des crises éclamptiques et a eu un avortement thérapeutique. Au 2^e mois de la gestation, elle présente une tension à 15,5. L'albumine apparaît ainsi que la céphalée. Mise en observation, malgré un régime sévère, la tension artérielle, l'albumine augmentent. On fait un avortement thérapeutique.

Un cas d'hypertension irréductible au cours de la grossesse.

3^e *Observation* de MM. Jean Chosson et G. Casalda. (In *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1939.)

M^{me} D..., 33 ans, dixième grossesse.

Date des dernières règles, 15 au 20 février 1938. A eu 5 avortements provoqués, 3 accouchements normaux (2 garçons, 1 fille). Un accouchement prématuré par décollement du placenta sur lequel nous avons peu de renseignements.

Antécédents pathologiques : pleurite droite, en 1936. Intoxication par l'oxyde de carbone, en 1934.

Le 6 août 1938, la malade entre à l'hôpital, présentant une hémorragie utérine du volume d'un verre à boire. Elle accuse des douleurs lombaires bilatérales, exagérées à la palpation.

Albuminurie massive. L'hémorragie cède au repos, mais les signes urinaires persistent. Du 6 août au 13 septembre se déroule un tableau clinique à allure de néphrite hypertensive et albuminurique. Chaque diminution de la quantité d'urine s'accompagne d'une élévation de la tension artérielle.

Malgré le régime alimentaire très sévère (allant du régime lacto-fructo-végétarien à la diète hydrique absolue), malgré les diurétiques, purgations répétées, ventouses scarifiées et saignées, l'état général ne cesse de s'aggraver. L'azotémie, qui était à 0,35 le 15 août, passe à 0 g. 50 le 10 septembre. La tension artérielle arrive à dépasser 22-15. Nous hésitons sur la conduite à tenir et discutons l'arrêt de la grossesse. Le 10 septembre, apparaissent des douleurs utérines qui aboutissent, le 11 septembre au matin, à l'expulsion d'un

foetus du sexe masculin, ne respirant pas et pesant 1 kg. 020. Le placenta, expulsé normalement une heure après, pèse 420 grammes. Dans les jours qui suivent l'accouchement, nous notons une élévation considérable de la diurèse qui passe d'un litre à plus de trois litres et demie. La tension maxima s'abaisse de 21,5 à 15,5, pour se stabiliser aux environs de 17 dans les suites de couches. La quantité d'urine se maintient à un litre et demi et la femme sort le dixième jour après son accouchement, dans un état satisfaisant. L'azotémie est alors de 0 gr. 25 et la tension de 15-10.

Les quelques observations qui précèdent montrent d'une part la gravité des accidents dus à l'hypertension chez les femmes enceintes. On peut dire que, dans le domaine de l'hypertension, dès que la femme enceinte entre dans le cadre pathologique, elle y entre franchement et dangereusement. Par ailleurs, ces méthodes de dépistage de l'hypertension paraissent insuffisantes pour déceler une hypertension discrète ou latente, dès les premiers moments de la grossesse.

Les Américains utilisent actuellement un test, le « Cold Pressure test », qui semble permettre de déceler la période pré-hypertensive. Nous allons en examiner les bases physiologiques, en expliquer la technique et montrer ce que l'on peut en attendre en pratique obstétricale.

TEST STANDARDISE POUR EVALUER LES VARIATIONS DE LA TENSION ARTERIELLE

Sa signification comme indice de la période pré-hypertensive.
(Cold pressure test.)

Il existe à l'état de santé un équilibre entre les diverses parties du système nerveux autonome qui varie suivant les besoins physiologiques normaux. La suractivité des éléments constitutants du système nerveux sympathique et parasympathique autonome produit fréquemment des symptômes si caractéristiques qu'on peut leur reconnaître des entités cliniques. Par exemple, si l'instabilité du système vaso-moteur affecte une étendue assez considérable du réseau périphérique, il peut survenir des modifications de la tension artérielle dans tous les systèmes de l'économie.

Causes de l'hypertension.

Premièrement, il existe une cause première ou principale de l'hypertension, consistant en un mécanisme d'hyperactivité du système sympathique vaso-moteur, dépendant d'un état constitutionnel anormal ou manque d'équilibre.

Deuxièmement, un facteur auxiliaire de fatigue ou de surmenage provoqué par les événements quotidiens de la vie qui, modifié, en exagère ou réactive le facteur constitutionnel. Facteurs constitutionnels tels que : hypersensibilité du centre vaso-moteur, mécanisme de réaction anormale, paroi artérielle, terminaison des nerfs sympathiques. Comme causes auxiliaires ou accélératrices d'usure et de fatigue : l'entourage, les effets d'intoxication ou d'infection.

S'il existe un état biologique capable de déterminer plus tard une augmentation de la tension artérielle, il devrait être théoriquement possible de reconnaître chez l'individu cette anormalité dans les premières années de la vie ou à l'époque de la puberté, plusieurs années avant l'apparition des premiers signes cliniques de l'hypertension.

Pour prouver cela, il faut trouver un moyen standardisé capable de déterminer le mode de réaction du système vaso-moteur.

Le test de stimulation par le froid.

Pour employer ce test, le sujet examiné doit être au repos et couché pendant quinze minutes au moins, c'est-à-dire jusqu'à ce que la tension artérielle ait atteint son niveau réel. Il faut attendre au moins quarante-cinq minutes chez les hypertendus avant de procéder à l'examen. Pendant qu'une main du malade

est plongée dans de l'eau glacée à 4 ou 5 degrés centigrades, la tension artérielle est prise sur le bras opposé après trente secondes et de nouveau après soixante secondes. La main est ensuite retirée de l'eau glacée et la tension artérielle est prise toutes les deux minutes jusqu'à son retour au chiffre basal normal. Le chiffre de la tension artérielle trouvé le plus élevé durant cette expérience représente le degré de réaction propre à chaque sujet examiné. Le chiffre de la tension artérielle ainsi obtenu pendant le test du froid, retombe dans l'espace de deux minutes au chiffre de la tension trouvée avant le test, sauf dans quelques cas d'hypertension. Cette réaction n'est nullement influencée par les modifications du pouls. La réaction influence les deux pressions, systolique et diastolique, mais un peu moins et d'une façon plus variée la pression diastolique.

Le principe de la réaction au test du froid.

Il est possible que la réponse du test au froid ne soit qu'un réflexe nerveux, à cause de la rapidité de la réaction qui est trop hâtive pour que l'on puisse songer à l'intervention d'un facteur hormonal ou chimique.

Un garot produisant de la stase sanguine dans le bras plongé dans l'eau glacée n'empêche pas la réaction de se produire.

RESULTATS EXPERIMENTAUX

D'après Albert-W. Brauer (*Encyclopedia of Medicine*, vol. XIII, 1937, p. 26), sur 571 sujets soumis au « Cold Pressure Test », en l'espace de trois ans, 288 réagissent normalement : c'étaient des sujets normaux ou qui souffraient de différentes affections n'ayant aucun rapport avec l'hypertension. La plupart d'entre eux ne présentèrent qu'une élévation des tensions maxima et minima inférieures à 15 mm. de mercure.

Un second groupe, composé de 90 sujets des deux sexes, âgés de 4 à 75 ans, qui avaient un niveau tensionnel basal normal, fit une réaction beaucoup plus intense, le degré d'élévation de la maxima ayant atteint 29,4 mm. de mercure en moyenne, et 2 mm. 5 pour la minima. Un examen attentif de ces sujets a permis de constater que 78 d'entre eux sur 90 présentaient des antécédents héréditaires d'hypertension ou d'affection cardio-rénale. Il est permis de penser qu'ils seront eux aussi atteints, plus tard, d'hypertension.

Le troisième groupe comprenait 193 sujets atteints d'hypertension essentielle et âgés de 24 à 64 ans. Ils furent plus tard divisés en deux sous-groupes (type organique et type pré-organique d'hypertension), sui-

vant l'absence ou la présence de lésions des artères rétiniennes. La moyenne de l'élévation de tension déterminée par le froid dans le groupe organique fut de 47,2 mm. de mercure pour la maxima, et de 34,3 mm. pour la minima dans le groupe pré-organique, cette moyenne fut respectivement de 34,4 et de 25,4 mm. de mercure.

Constance de la réaction.

La répétition de ce test, à des intervalles rapprochés et éloignés, donne toujours les mêmes résultats chez les mêmes individus examinés dans des conditions semblables.

Résultats obtenus par le repos.

L'étude de la tension artérielle, faite d'heure en heure, a démontré que le repos mental et physique sous contrôle, produit un abaissement dans les hautes variations et dans le niveau moyen des tensions systolique et diastolique chez les hypertendus essentiels. De courtes périodes de repos (24 à 48 heures) n'ont eu aucun effet signalé sur la réaction de la tension artérielle au test du froid. De longues périodes de repos (une à deux semaines) pourraient diminuer manifestement la réaction des vaso-moteurs. Avec la

reprise des activités, la réaction revient à son degré antérieur.

Effet des médicaments.

Les médicaments de la série barbiturique diminuent la réaction au test du froid. Le chlorure de calcium produit une réaction plus vive au test du froid, et un retard marqué dans le retour à la pression artérielle normale.

Effets de l'anesthésie.

L'anesthésie générale entraîne un manque absolu de réaction. La rachi-anesthésie produit une réaction moindre, à peu près en rapport avec la hauteur de l'anesthésie.

Rôle joué par les glandes surrénales.

Aucune diminution marquée dans la réaction de la tension artérielle au test du froid ne fut constatée après surrénalectomie chez les chiens maintenus vivants par des injections d'extrait de substances corticales.

Si les injections d'extrait de substance corticale étaient suspendues, la réaction des vaso-moteurs au

test du froid persistait jusqu'à l'apparition des niveaux dangereux de la tension artérielle.

Enseignements à dégager du test de stimulation par le froid.

Il semble assez évident que certains individus ont une anormalité constitutionnelle ou biologique qui conduit au développement de l'hypertension essentielle. Les sujets apparemment normaux peuvent être divisés en deux groupes : les hyposensibles et les hypersensibles. Il reste à déterminer la signification de cette hypersensibilité. Il semble que les sujets normaux qui réagissent fortement au test du froid sont atteints d'hypertension.

L'opinion qui veut qu'ils soient atteints plus tard de cette affection est basée sur les considérations suivantes : 75 % de ceux qui présentaient une hyper-réaction avaient une forte hérédité au point de vue hypertension et apoplexie ; cette proportion eût été plus forte si les morts par affection du cœur et des reins avaient été ajoutées et *au moins 98 % des malades atteints d'hypertension essentielle présentaient une forte réaction au froid.* Il n'existe que l'hypertension essentielle qui présente des réactions excessives. Les individus atteints de maladies diverses ont des réactions normales ou légères.

Nous pouvons dire :

1° La réaction d'une tension normale au « Cold

Test » est presque constante chez un individu normal ;

2° Que quelques-uns des individus, en apparence normaux mais faisant une réaction exagérée au « Cold Test », étaient en imminence d'hypertension essentielle, comme l'a révélé l'observation prolongée de quelques-uns d'entre eux ;

3° Que des réactions anormales constantes n'ont pas été constantes dans d'autres affections que l'hypertension essentielle.

APPLICATION A L'OBSTETRIQUE

Nous venons de voir que, par la réalisation de l'épreuve du froid, nous possédons un moyen de diagnostic étonnamment précoce des états hypertensifs latents, ou tout au moins un moyen de dépistage des constitutions à tendances hypertensives.

S'il existait, dans notre pays, une pratique régulière de la consultation prénuptiale, la pratique de ce test permettrait dès avant le mariage de prendre toutes mesures prophylactiques pour éviter que les grossesses ultérieures ne deviennent catastrophiques par suite de l'apparition, jusqu'ici imprévisible, d'une hypertension gravidique.

L'avenir permettra peut-être de faire figurer ce test dans les épreuves fonctionnelles que comprendra un carnet de santé qui réaliserait véritablement la fiche physio-pathologique de l'individu. Elle permettrait alors de réaliser la prophylaxie sociale de l'hypertension artérielle.

Toujours est-il qu'en l'état actuel des choses, la pratique d'une telle épreuve mérite d'être généralisée dans les consultations prénatales prévues par les lois en vigueur. La découverte d'hypertension latente chez les femmes enceintes, aux premières périodes de la gravidité, restreindrait peut-être à leur hospitalisation,

car une thérapeutique richement efficace est difficilement réalisable sous la forme ambulatoire.

Dès à présent également, une telle recherche devrait être généralisée chez toutes les femmes ayant présenté, lors de parités antérieures, des accidents éclamptiques ; une telle enquête étant susceptible de contribuer à éclairer le problème obscur de la pathogénie de l'éclampsie.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic ultra-précoce des hypertensions latentes au cours de la grossesse n'est pas possible par les méthodes actuellement utilisées.

II. — On utilise, en Amérique, depuis quelques années, une épreuve au froid : COLD PRESSURE TEST, qui a pour but de déceler la tendance à l'hypertension qui peut exister chez certains sujets.

III. — La réponse au test du froid semble être un réflexe nerveux, la rapidité de la réaction étant trop hâtive pour que l'on puisse songer à l'intervention d'un facteur hormonal ou chimique.

IV. — La compression du bras plongé dans l'eau glacée, en produisant la stase sanguine, n'empêche pas la réaction de se produire.

V. — La répétition de ce test à intervalles rapprochés ou éloignés donne toujours les mêmes résultats chez les mêmes individus examinés dans des conditions semblables.

VI. — Ce test permet de faire la preuve d'un état potentiel, conduisant au développement de l'hyper-

tension essentielle, plusieurs années avant l'éclosion des signes cliniques de l'hypertension artérielle.

VII. — L'application de ce test, dès les premiers signes de la grossesse, doit permettre la mise en œuvre de thérapeutiques destinées à éviter, dans la plus large mesure possible, les accidents hypertensifs proprement dits et, éventuellement, le déclenchement de crises éclamptiques dont le mécanisme pathogénique est encore insuffisamment connu.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie de la grossesse. — Hypertension artérielle.

Diagnostic par l'épreuve du froid.

« Cold pressure Test »

BARBARO-FORLEO. — Sugli effetti della perfrigerazione della regione del seno carotideo sulla pressione arteriosa. (*Riforma med.*, 52, 78, 18 janv. 1936.)

BRIGGS et OERTING. — Prognostic value of cold test in pregnancy in determination of latent hypertension. (*Minnesota med.*, 20, 382, 4 juin 1937.)

BROMER (A.-W.). — Cold pressure test. (*Encyclopedia of Med.*, vol. XIII, 1937, p. 26.)

DRECKMANN (W.-J.), MICHEL et WOODRUFF (P.-W.). — Cold pressure test in pregnancy. (*Am. H. Obst. Gynec.*, 36, 408, 12 sept. 1938.)

DUBE (J.-E.). — Le Cold Pressure Test dans l'hypertension. (*Union méd. du Canada*, oct. 1938, et *R. M. P.*, janv. 1939.)

RANDALL (L.-M.), MURRAY (S.-E.) et MUSSEY (R.-D.). — « Cold Test » in pregnancy : preliminary report of its use in prenatal care. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 29, 362-65, march 1935.)

REID (D.-E.) et TEIL (H.-M.). — « Cold Test » in normal and in toxemic pregnancy. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 35, 305-309, fév. 1938.)

VALETTA (J.). — L'épreuve du froid et la prédisposition à l'éclampsie. (*Gyn. et Obst.*, 39, 49-51, janv. 1939.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



